
Les Groupements de coopération

*Intégrer les salariés dans
la mise en œuvre
des restructurations*

*Une nécessité pour la
CFDT Santé-Sociaux*

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
Audition du 7 septembre 2012 de la
FÉDÉRATION CFDT SANTÉ-SOCIAUX
Représentée par Nathalie CANIEUX,
Secrétaire générale.

Cfdt
des choix, des actes
Santé Sociaux

Sommaire

1. Histoire et Chronologie.....	3
2. Des modèles divers et variés.....	3
3. Les conséquences	5
4. GCS-SMS : <i>la place du personnel, un enjeu de réussite</i> .	5
5. Vers une instance de dialogue social au niveau du groupement de coopération	9
6. Conclusion.....	10

Les Groupements de coopération

Intégrer les salariés dans la mise en œuvre des restructurations, une nécessité pour la CFDT Santé-Sociaux

1. HISTOIRE ET CHRONOLOGIE

- **1970** : La Loi BOULIN met en place les syndicats inter-hospitaliers ou regroupements inter-hospitaliers.
- **1991** : La Loi EVIN met fin aux groupements hospitaliers, consacre les conventions de coopération - GIE et GIP - instaure les conférences sanitaires de secteur et facilite le rapprochement entre le public et le privé.
- **1996** : L'Ordonnance JUPPE : communautés d'établissements et groupements de coopération sanitaire (GCS).
- **2002** : La loi renforce les GCS et le réseau de santé - le droit coopératif. La loi 2002-2 crée les GC SMS modifiée par la loi sur l'égalité des droits des chances de 2005, précisée par décret en 2006 (n° 2006-413).
- **2009** : La Loi HPST: toilettage des outils de coopération, création des Communautés hospitalières de territoire (CHT). Le GCS devient un établissement de santé et est autorisé à exercer une activité de soin (article L. 6131).
- **2010** : L'Ordonnance 2010-177 rend applicables aux GCSMS les règles des GCS.
- **2011** : La Loi 2011-940 modifie la Loi HPST (notamment concernant le statut des GC).

2. DES MODÈLES DIVERS ET VARIÉS

La loi HPST conforte la notion de territoire de santé : elle affirme l'articulation entre le champ sanitaire et le champ médico-social. La réponse aux besoins de santé implique l'intervention de plusieurs acteurs du système de santé, de façon complémentaire et coordonnée. Dans cet esprit, la loi HPST dynamise la mise en place des Groupements de coopération. Curieusement, et sans doute afin de contenter certains lobbyings, la loi HPST crée également un nouveau type de coopération publique – la Communauté hospitalière de territoire (CHT) – qui vient, dans le panorama déjà très complet des possibilités de coopération, ajouter un dispositif restreint au public en contradiction avec la philosophie de coopération territoriale privé/public.

La chronologie montre, au-delà des volontés successives de pallier à l'émiettement des producteurs de soins et de services, que les nouveaux modèles

d'établissement créés se sont accumulés au lieu de se remplacer mais également que le dénominateur commun à ces différents modèles reste le caractère très aléatoire des règles qui les régissent. La doctrine de l'expérimentation locale a été l'argumentation choisie afin de légitimer la mise en place de ces nouveaux modèles GCS, sorte de coquilles vides, au bon vouloir des employeurs ou des ARS locaux.

Afin de coopérer, les établissements disposent aujourd'hui de six modèles : CHT, GIP, GIE, GCS ou GCSMS, SIH, fédérations médicales inter-hospitalières. Selon les cas, ces modèles peuvent être publics ou privés, ils peuvent embaucher ou mettre à disposition les personnels, coopérer sur des moyens ou des activités et devenir ou non un établissement. Ils font plus ou moins l'objet d'une convention à leur création, dont le contenu et les obligations sont variables. Leur gouvernance est différente. Leur comptabilité est dépendante de leur statut juridique et leur régime fiscal différent selon qu'ils sont par exemple soumis ou non à la TVA.

Il s'agit, à n'en pas douter, de réformes successives qui ont eu pour objectif la rationalisation des coûts, faute de viser la rationalisation du secteur sanitaire et médico-social. Autant de dispositifs concourent-ils à plus de clarté, plus de rationalisation du système de santé, plus de possibilités de contrôle et d'encadrement des pouvoirs publics ? Nous ne le pensons pas.

Mais la question est complexe si on en croit la dernière tentative de suppression des SIH. En effet, une fois créés, ces modèles sont difficiles à supprimer surtout quand on ne prévoit pas leur remplacement explicite par un autre, d'autant que leurs différences sont telles qu'aucun ne peut raisonnablement remplacer l'autre sans dommages.

Le tableau ne serait pas complet si on oubliait de rappeler que certains de ces modèles ont vocation à rassembler des types d'établissements aux activités globalement communes mais de statuts souvent différents puisqu'issus de secteurs économiques plus concurrents que complémentaires : public, privé non lucratif ou d'intérêt collectif, commercial et libéral. Certains de ces secteurs ouvrant des possibilités multiples de modèles d'entreprise : SA, SARL, SEM, ESPIC, associations, fondations...



La CFDT Santé-Sociaux a toujours soutenu l'objectif de rationalisation du secteur. L'harmonisation des modes de financement y a concouru même s'il y aurait beaucoup à dire notamment sur la question des convergences qui reste en suspens. La mise en place des ARH puis des ARS va dans le sens d'une gestion territoriale de l'offre et des besoins qui peut aboutir à la régulation que nous souhaitons. L'objectif parallèle de réduire l'émiettement des opérateurs pour une meilleure cohérence territoriale se comprend. Mais

dans ce cadre, une réflexion approfondie et rationnelle sur le(s) modèle(s) économique(s) des établissements relevant du code de la santé publique et du code de l'action sociale est nécessaire et devrait permettre de consolider l'ensemble du dispositif.

3. LES CONSÉQUENCES

La CFDT Santé-Sociaux a, en 2012, voulu évaluer les conséquences de la mise en place des regroupements dans le cadre d'une tournée régionale de ses équipes, issues des secteurs public et privé. Cette tournée a rassemblé des salariés d'établissements de toutes tailles (EHPAD, maintien à domicile, handicap et CHU).

Ils ont témoigné de l'importance des mouvements en cours qui mobilisent toutes les formes de restructurations possibles, de la fusion à la coopération en passant par le regroupement des services, des établissements, des associations. Ces rapprochements sont public/public souvent sur les coopérations de moyens, public/privé, privé/privé notamment dans le secteur social.

Ce qui ressort de la mise en place de ces restructurations est l'absence totale de dialogue social et ce, quelle que soit la forme utilisée ou l'implication des organisations syndicales dans la procédure ou le projet. Quelques mois avant la conclusion des conventions, des annonces parfois contradictoires sont faites au sein des établissements concernés, plongeant les agents et les salariés dans l'incertitude sur leur avenir. Les conventions, quand elles sont communiquées, le sont la veille de leur signature, dans l'irrespect total des règles de consultation des IRP. Les règlements intérieurs ne sont pas connus si tant est qu'ils existent et aucune convention ne comprend de volet social.

Une fois la restructuration terminée et le dispositif mis en place, les périmètres de chacun restent flous, les statuts des personnels ne sont pas identifiables, les organisations syndicales et les IRP n'identifient ni les responsables hiérarchiques ni l'interlocuteur en capacité d'engagement. **La cohabitation de salariés/agents couverts par différents statuts, conventions collectives et dispositifs de protection sociale sur les mêmes emplois défie les règles sur l'égalité de traitement et la non-discrimination.**

A l'exception du CHS-CT parfois commun, aucune autre IRP n'est organisée au niveau du groupement.

4. GCS-SMS : la place du personnel, un enjeu de réussite

Dans l'ombre des créations successives de ces dispositifs, la place très variable accordée aux représentants du personnel, non seulement en amont des choix de coopérations mais aussi par la suite, est pour la CFDT Santé-Sociaux un déterminant fondamental de la réussite du projet. Force est de constater

que celle-ci n'a pas été pensée dans les dispositifs. La loi HPST a été suivie de textes encadrant ce sujet pour les CHT. Mais concernant la place des personnels dans la constitution des groupements de coopération privé/public, rien n'existe, sinon le droit commun qui s'applique aux salariés du privé au sein des établissements privés du groupement, et le droit public en nette régression ces dernières années, pour les agents du public au sein des établissements publics du groupement.

A savoir :

Ministère du Travail (extrait)

Attributions du CE ou comité d'établissement :

La consultation est l'une des attributions essentielles du comité d'entreprise : il est obligatoirement informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation, la gestion et la marche générale de l'entreprise et, notamment, sur les mesures de nature à affecter le volume ou la structure des effectifs, la durée du travail, les conditions d'emploi, de travail et de formation professionnelle des salariés. Il est également informé et consulté avant toute déclaration de cessation des paiements et lorsque l'entreprise fait l'objet d'une procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire, avant toute décision relative à la poursuite de l'activité ainsi que lors de l'élaboration du projet de plan de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation de l'entreprise.

- *Le Code du travail prévoit des consultations annuelles (aménagement du temps de travail, bilan social, congés payés, égalité professionnelle, évolution des emplois et des qualifications, formation professionnelle, recherche) ainsi que des consultations ponctuelles et spécifiques (règlement intérieur, introduction de nouvelles technologies, organisation de l'entreprise, projets de licenciements économiques et mise en place du plan de sauvegarde de l'emploi...).*
- *Le CE est informé et consulté après notification à l'entreprise de l'attribution directe, par une personne publique, de subventions d'un montant supérieur à 200 000 euros ou de prêts ou avances remboursables d'un montant supérieur à 1 500 000 euros. Cette disposition s'applique dans les mêmes conditions aux subventions, prêts et avances remboursables attribués dans le cadre de programmes ou fonds communautaires. L'information et la consultation portent sur la nature de l'aide, son objet, son montant et les conditions de versement et d'emploi fixées, le cas échéant, par la personne publique attributrice. L'information et la consultation ne sont toutefois pas applicables aux financements mentionnés ci-dessus, qui sont attribués par les collectivités publiques aux établissements publics qui leur sont rattachés, ni aux subventions pour charges de service public attribuées par une collectivité publique.*

La consultation doit impérativement précéder toute prise de décision par l'employeur. C'est l'occasion pour les membres du CE de formuler des propositions et d'obtenir des réponses à leurs interrogations.

Préalable obligatoire à la consultation : l'information du comité. Cette information prend la forme d'une remise de documents comptables, administratifs, sociaux...

Les débats s'achèvent sur un vote des membres élus. Les représentants syndicaux n'ont qu'une voix consultative. L'employeur n'a pas le droit de vote, à moins qu'il ne s'agisse de prendre des décisions sur le fonctionnement même du comité (désignation des membres du bureau...).

Les délibérations sont consignées dans un procès-verbal, établi par le secrétaire du comité d'entreprise. Ce procès-verbal doit être adopté à la réunion suivante avant affichage ou diffusion dans l'entreprise.

À partir d'un certain effectif, des commissions spécialisées, obligatoires ou facultatives, peuvent aider le CE dans sa tâche. C'est le cas notamment de la commission formation et de la commission de l'égalité professionnelle, obligatoires dans les entreprises employant au moins 200 salariés ou encore de la commission logement, lorsque l'entreprise compte au moins 300 salariés.

HPST : les clés pour comprendre (extrait)

L'organisation interne de l'hôpital – LE COMITÉ TECHNIQUE D'ÉTABLISSEMENT

11. Le comité technique d'établissement

Les modifications apportées dans le code de la santé publique aux dispositions relatives au comité technique d'établissement, instance représentative des personnels non médicaux des établissements publics de santé, concernent uniquement ses compétences : sa composition et son fonctionnement ne font pas l'objet de modifications. Ces modifications correspondent principalement à une mise en cohérence par rapport au droit antérieur concernant les compétences du conseil d'administration et par rapport aux nouvelles dispositions concernant les compétences du directeur et du conseil de surveillance. Le texte clarifie les compétences du comité technique d'établissement tant pour l'information que pour la consultation.

DISPOSITIF

Le comité technique d'établissement, comme la commission médicale d'établissement, reste une instance consultative.

L'article R. 6144-40 du code de la santé publique modifié définit les questions sur lesquelles le comité d'établissement est obligatoirement consulté, d'une part en renvoyant aux questions sur lesquelles le conseil de surveillance délibère (mentionnées à l'article L. 6143-1 du CSP), d'autre part en mentionnant précisément des attributions qui antérieurement faisaient partie des projets de délibération du conseil d'administration.

Les projets de délibération du conseil de surveillance sont moins nombreux que ceux antérieurement attribués au conseil d'administration.

L'article R. 6144-40 du CSP mentionne donc des questions qui faisaient auparavant partie des projets de délibération du conseil d'administration. Il s'agit :

- du plan de redressement présenté par le président du directoire à l'ARS ;
- de la politique sociale, des modalités de la politique d'intéressement ainsi que du bilan social ;
- de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- du règlement intérieur de l'établissement.
- Le comité technique d'établissement est également consulté sur le plan de développement professionnel continu.

Enfin, le comité technique d'établissement est désormais informé et non plus consulté sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'état des prévisions de recettes et de dépenses, et les actions de coopération proposées par le président du directoire au directeur général de l'ARS.

Comme dans les anciennes dispositions, le comité technique d'établissement est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

ÉVOLUTIONS ET CONSÉQUENCES

Le comité technique d'établissement demeure une instance consultative dont les attributions sont clarifiées.

À RETENIR

Le comité technique d'établissement est, selon les sujets, consulté ou informé sur les questions relatives au fonctionnement des établissements.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Art. L. 6143-1 du CSP (modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, article 9-1).
- Art. R. 6144-40 du CSP (modifié par le décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique des établissements de santé).

Pourtant, les impacts des groupements de coopération privé/public sur le personnel (statut, lieu et conditions de travail, hiérarchie), sur la gestion et la marche de l'entreprise sont nombreux. Dans certains cas, la possibilité est ouverte au groupement de coopération d'être employeur. Or, à ce niveau, aucune instance représentative n'est clairement légitimée par les textes.

Pour la CFDT Santé-Sociaux, ce vide juridique pourrait aboutir à des procédures justifiées par la perte de droits pour les instances de droit privé.

Le Code du travail a couvert ce type de situation :

Ministère du Travail (extrait)

Le groupe

Un comité spécifique est mis en place lorsqu'un ensemble de sociétés forme un groupe composé d'une société dominante et de ses filiales. La délégation du personnel est nécessairement constituée d'élus des comités d'entreprise ou d'établissements. Ce comité de groupe est destinataire des informations économiques et financières concernant le groupe. Son existence n'exonère pas les entreprises de leur obligation d'organiser l'élection d'un CE.



Au-delà des strictes logiques juridiques, la CFDT Santé-Sociaux veut souligner, dans le cadre de la responsabilité sociale qui incombe à chaque entreprise ou employeur, le risque de l'absence de concertation dans ce type de situation. A partir du moment où chaque salarié/agent est individuellement impacté par une restructuration sans possibilité de s'adresser à un collectif qui le représente, à même de répondre à ses légitimes interrogations sur son avenir ou celui de l'entreprise, la menace de risques psychosociaux est installée. L'absence de liens entre le directoire du groupement et les IRP des établissements contribue ensuite à la déstabilisation progressive du lien hiérarchique.

5. VERS UNE INSTANCE DE DIALOGUE SOCIAL AU NIVEAU DU GROUPEMENT DE COOPÉRATION

La CFDT Santé-Sociaux est consciente que les dispositifs de représentation du personnel existants peuvent difficilement s'appliquer au cas spécifique des groupements de coopération privé/public.

Cependant, au regard des constats que nous faisons sur la mise en place de ces modèles et sur les conséquences pour les salariés, il apparaît impensable de laisser la situation en l'état.



La CFDT Santé-Sociaux propose :

- la désignation, au sein du directoire du groupement, d'un interlocuteur capable d'engagement auprès des représentants du personnel ;
- la consultation obligatoire des organisations syndicales représentatives dans les établissements du groupement six mois avant la signature de la convention constitutive ;
- la négociation obligatoire du volet social de cette convention comprenant ([accord majoritaire](#)) :
 - la situation des salariés,
 - l'organisation du travail,
 - l'encadrement des mises à disposition,
 - la situation des salariés embauchés par le groupement,
 - la situation des salariés en cas de dissolution du groupement,
 - la situation des salariés en cas de transferts d'activités entre membres du groupement ;
- la négociation d'un protocole de mise en place d'une instance de concertation au niveau du groupement comprenant ([accord majoritaire](#)) :
 - composition,
 - élection/désignation,
 - attributions,
 - fonctionnement,
 - lien avec les instances des établissements,
 - assistance.

6. CONCLUSION

La CFDT Santé-Sociaux a inscrit dans sa résolution 2009 :

« L'organisation de la complémentarité des activités sanitaires, sociales et médico-sociales, doit se mettre en œuvre au sein d'un même territoire tout en garantissant l'accès à tous les usagers. (Art. II.1.1)

En réponse à la volonté politique de rationalisation ou à la pénurie prévisible des professionnels, la CFDT Santé-Sociaux défend l'organisation des activités, sur un territoire, au sein de groupements de coopération ou de regroupements des petites structures. (Art. II.1.1.1)

Les regroupements locaux ou la réorganisation des entreprises nationales en régions nécessitent cependant, pour la CFDT Santé-Sociaux, l'implication des acteurs, la définition de périmètres géographiques cohérents et une réflexion systématique sur les niveaux de gouvernance. » (Art. II.1.1.2)

Mais aussi,

« Le bien-être au travail, facteur de qualité du service et d'efficacité, doit, pour la CFDT Santé-Sociaux, devenir un paramètre essentiel de la responsabilité sociale du secteur sanitaire, social et médico-social. (Art. III.1.1) »

Pour la CFDT Santé-Sociaux, le secteur sanitaire, social et médico-social doit être un modèle dans le domaine de la prévention des risques professionnels. Cette responsabilité incombe à l'employeur et requiert son engagement dans un management socialement responsable. » (Art. III.1.1.1)

C'est dans ce cadre que la fédération CFDT Santé-Sociaux propose d'intégrer les salariés dans la mise en œuvre des restructurations qui visent à regrouper les activités et les établissements.

La création d'une instance de concertation sociale doit permettre la circulation des informations et la représentation des salariés au niveau où les décisions sont prises. La logique de l'expérimentation n'a pas porté ses fruits en ce sens, l'encadrement national de ce dispositif semble s'imposer même s'il peut s'inspirer d'expériences réussies. ■